

LOCALISATION RARE DU KYSTE HYDATIQUE : L'AILE ILIAQUE

RARE LOCALIZATION OF HYDATID CYST : THE ILIAC WING

A. CHAKROUN^{1,4,*}; M. KOUBAA^{1,4}; F. HAMMAMI^{1,4}; W. FEKI^{2,4}; K. REKIK^{1,4}; Z. MNIF^{2,4};
F. CHICKROUHOU^{3,4}; A. AYADI^{3,4}; F. SMAOUI^{1,4} ET M. BEN JEMAA^{1,4}

1. Service des Maladies Infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, Tunisie

2. Service de Radiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax 3029, Tunisie

3. Service de parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax 3029, Tunisie

4: Faculté de Médecine de Sfax- Tunisie.

*E - mail de l'auteur correspondant : docamalchakroun@gmail.com

Résumé

Introduction: Le kyste hydatique constitue un problème de santé publique dans les zones endémiques. Il touche essentiellement le foie et le poumon. L'atteinte osseuse est rare et ne représente que 0,5 à 2% des localisations hydatiques et concerne exceptionnellement l'os iliaque. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques du kyste hydatique de l'aile iliaque.

Observation: Nous rapportons un cas rare d'hydatidose de l'aile iliaque chez une patiente âgée de 44 ans sans antécédents pathologiques qui a été admise pour douleurs lombo-fessières. Le diagnostic était retenu devant l'aspect obtenu à l'imagerie par résonance magnétique et la sérologie hydatique positive. La patiente a été traitée par de l'albendazole pendant 15 mois avec bonne évolution.

Conclusion: L'hydatidose de l'aile iliaque est rare. Elle est caractérisée par un tableau clinique non spécifique. L'évolution sous traitement est généralement favorable.

Mots - clés: Aile iliaque; Kyste hydatique ; Echinococcose ; Sérologie hydatique; Albendazole

Abstract

Introduction: Hydatid cyst is a public health problem in endemic areas. It mainly affects the liver and lungs. Bone involvement is rare and represents only 0.5 to 2% of hydatid sites, and exceptionally concerns the iliac wing. The aim of our work was to study the clinical, radiological and therapeutic features of hydatid cyst of the iliac wing.

Case report: We report a rare case of iliac wing hydatidosis in a 44-year-old female patient with no pathological history. She was admitted for low back pain. The diagnosis was made based on the findings of magnetic resonance imaging and the positive hydatid serology. The patient was treated with albendazole for 15 months with good progress.

Conclusion: Hydatidosis of the iliac wing is rare. The clinical signs are nonspecific. The evolution is usually favorable under treatment.

Key-words: Iliac wing; Hydatid cyst; Echinococcosis; hydatid Serology; Albendazole

ملخص

مقدمة: الكيس العداري مشكلة صحية عامة في المناطق الموبوءة. وهو يصيب بشكل رئيسي الكبد والرئتين. إصابة العظام نادرة وتمثل 0.5 إلى 2٪ فقط من مواقع الكيس العداري ويتعلق بشكل استثنائي بالعظم الحرقفي. الهدف من عملنا هو دراسة السمات السريرية والإشعاعية والعلاجية للكيس المائي للجناح الحرقفي.

الحالة: حالة نادرة من الإصابة بالكيس العداري في الجناح الحرقفي لدى مريض يبلغ من العمر 44 عامًا وليس لديه تاريخ مرضي تم إيواؤه بسبب آلام أسفل الظهر. تم التشخيص بناءً على الصور التي تم الحصول عليها من التصوير بالرنين المغناطيسي والأمصال العدارية الإيجابية. تمت معالجة المريض بالألبيندازول لمدة 15 شهرًا مع تطور جيد للحالة.

الخلاصة: من النادر تموقع الكيس العداري في الجناح الحرقفي. الصورة سريري تكون عادة غير محددة. تقدم الحالة تحت العلاج جيد بشكل عام

الكلمات المفتاحية: الجناح الحرقفي; كيس العداري; داء المشوكات; الأمصال العدارية; ألبيندازول

INTRODUCTION

L'hydatidose est une anthroponose consécutive au développement chez l'homme et chez certains animaux de la larve d'un cestode transmis par le chien: *Echinococcus granulosus* [1]. Cette pathologie est caractérisée par une diversité de formes cliniques et radiologiques liée aux nombreux aspects topographiques et évolutifs des kystes [2]. La localisation osseuse est peu fréquente. Elle est le plus souvent rachidienne. Les atteintes extra-rachidiennes sont rares et posent un problème de diagnostic et de prise en charge. Nous rapportons un cas rare d'hydatidose de l'aile iliaque chez une patiente traitée médicalement avec une bonne évolution. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques du kyste hydatique de l'aile iliaque.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 44 ans originaire d'un milieu rural et ne présentant aucun antécédent pathologique. Elle a consulté pour des douleurs lombo-fessières gauches simulant une sciatalgie tronquée évoluant dans un contexte d'apyrexie. Ces douleurs étaient non améliorées par un traitement symptomatique. L'examen clinique a révélé des douleurs lombaires basses et de l'aile iliaque gauche. La biologie était sans anomalies. Une tomodensitométrie lombaire a montré une ostéolyse de l'aile iliaque gauche avec envahissement des parties molles en regard. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré une lésion kystique multi-vésiculaire au sein de l'aile iliaque gauche évoquant l'origine hydatique (figure 1). Il n'y avait pas d'autres localisations hydatiques en particulier hépatique ou pulmonaire. La sérologie hydatique faite par la technique ELISA était positive à 1/640. La patiente a été traitée par albendazole pendant 15 mois sans effets secondaires. L'évolution a été marquée par la disparition des douleurs et l'absence de récurrence. La sérologie de contrôle faite à 15 mois de traitement était négative.

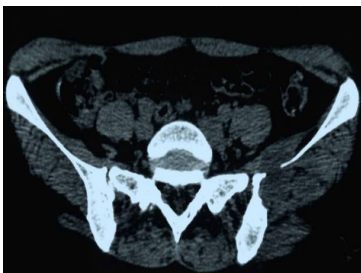


Figure 1 : Coupe axiale d'une TDM du bassin

montrant une lésion ostéolytique de l'aile iliaque gauche avec des lésions liquidiennes de part et d'autre (flèche)

DISCUSSION

L'hydatidose est une affection parasitaire qui sévit à l'état endémique particulièrement en Amérique du Sud, en Australie mais également dans le pourtour du bassin méditerranéen et en Europe Centrale [2]. L'hydatidose osseuse est peu fréquente. Elle représente 0.5 à 2 % de l'ensemble des localisations hydatiques [3]. Parmi ces localisations, l'atteinte rachidienne est la plus fréquente (44,2 %). Les localisations extra axiales sont rares. Elles concernent les os du bassin dans 16 % des cas [3]. La contamination osseuse se fait essentiellement par voie hématogène, mais une invasion osseuse secondaire à partir d'une atteinte primitive des parties molles est possible [4]. Les signes cliniques révélateurs de l'affection ne sont pas spécifiques. Il s'agit le plus souvent d'une tuméfaction locale non douloureuse souvent négligée qui peut survenir suite à un traumatisme [5]. Des douleurs et une impotence fonctionnelle apparaissent en cas d'extension à l'articulation coxo-fémorale [6]. Ces signes étaient présents chez notre patiente. L'examen peut mettre en évidence des signes neurologiques à type d'irritation radiculaire ou pyramidale [2].

La radiographie standard reste l'examen radiologique de première intention. Elle montre le plus souvent des images lytiques aréolaires mal limitées, réalisant l'aspect classique en « nid d'abeille » sans réaction périostée ni décalcification régionale [3]. L'échographie permet d'explorer les parties molles à la recherche d'abcès. Elle contribue, de même que la radiographie du thorax, au bilan de la maladie hydatique, à la recherche de localisations viscérales associées pouvant orienter le diagnostic [7]. La TDM et l'IRM précisent l'atteinte osseuse, apprécient l'étendue locorégionale et constituent un excellent moyen de surveillance de l'évolution de la maladie. L'IRM montre typiquement une lésion kystique multi-vésiculaire au sein de l'aile iliaque évoquant l'origine hydatique tel est le cas de notre patiente. La sérologie a un rôle important dans le diagnostic. Les résultats sont à interpréter avec précautions : un résultat positif avec un titre significatif permet d'évoquer une hydatidose. En revanche, un résultat négatif ne permet pas de l'exclure. Une sérologie négative était rapportée dans 10 à 15 % des cas de kyste hydatique [8].

La sérologie permet aussi de suivre d'efficacité du traitement : Le taux des anticorps sériques s'élève puis diminue pour disparaître en 12 à 24 mois. La persistance d'un taux élevé des anticorps au-delà de cette période ou la ré-ascension de ce taux après négativation évoquent une récurrence. Le traitement de l'échinococcose osseuse est habituellement médicochirurgical [9]. Le traitement médical permet la réduction de la taille des kystes, la stérilisation de leur contenu en préopératoire et en postopératoire, traitant ainsi les petits kystes passés inaperçus [10]. Le traitement chirurgical consiste en une résection radicale avec une large marge de tissus sains. Une récurrence peut se voir en cas de résection incomplète [11]. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic positif et de l'instauration du traitement [6].

CONCLUSION

L'hydatidose de l'os iliaque est caractérisée par un tableau clinique pauvre et une évolution insidieuse responsable d'un retard diagnostique. L'imagerie médicale permet d'établir un bilan lésionnel précis pour planifier une résection chirurgicale. L'éducation sanitaire dans les pays d'endémie reste la meilleure mesure qui permet de limiter les dégâts considérables engendrés par cette parasitose.

REFERENCES

- [1] Chkoura M, Louaste J, Zejjari H, Rachid K. cas clinique Une localisation exceptionnelle du kyste hydatique : l'os iliaque. *La Lettre du Rhumatologue*. 2010;(2):363.
- [2] Nhamoucha Y, Alaoui O, Doumbia A, Oukhoya M, Abdellaoui H, Tazi M, et al. Un kyste hydatique osseux: une localisation rare au niveau de l'os iliaque Bone hydatid cyst: a rare localization at the level of the hip bone. *Pan African Med Journal*. 2016;24:1937-8688.
- [3] Ouadnouni Y, Bouchikh M, Achir A, Smahi M, Msougar Y, Lakranbi M, et al. Hydatidose costale. *Rev Mal Respir*. 2011;28(3):306-311.
- [4] Mahi M, Amil T, Chaouir S, Hanine A, Benameur M, Ésumé R. Imagerie d'un cas historique d'hydatidose vertébrale. *J. Neuroradiol*. 2001;(28)
- [5] Briant JF, Richez P, Belliol E, Baréa D, Raillat A, Salamand P, et al. Atteinte ostéo-articulaire d'origine parasitaire : l'échinococcose osseuse. *J Radiol*. 1998(79).
- [6] Najib A, Rhanim A, Lamrani MO, Mahfoud M, El Yaacoubi M. Hydatidosis of the pelvic bone: Case report and review of the literature. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2012;22:239-244.
- [7] Mishwani AH, Ahmad M, ud Din AS. Hydatid disease of bone. *J Coll Physicians Surg Pakistan*. 2003;13(9):530-531.
- [8] Myjak P, Nahorski W, Pietkiewicz H, Von Nickisch-Rosenegk M, Stolarczyk J, Bieta Kacprzak E, et al. Molecular Confirmation of Human Alveolar Echinococcosis in Poland *Clinical Infectious Diseases*. 2003 ;37(8):121-125
- [9] Bel Hadj Youssef D, Loussaief C, Ben Rhomdhane F, Chakroun M, Abid A, Bouzouaia N. Kyste hydatique primitif intraosseux : à propos de deux cas. *Rev Med Interne*. 2007;28(4):255-258.
- [10] Morris BS, Madiwale C V., Garg A, Chavhan GB. Hydatid disease of bone: A mimic of other skeletal pathologies. *Australas Radiol*. 2002;46(4):431-434.
- [11] Herrera A, Martínez AA. Extraspinal bone hydatidosis. *J Bone Joint Surg Am*. 2003;85(9):1790-1794.